●検査を安全に受けるための質問です。あてはまる□にチェックを入れて下さい。

（内容について分からない場合は必ず質問をしてください）

**☆身長と体重が必要です　　身長　　　　ｃｍ　　　体重　　　　ｋｇ**

**①【特に重要な項目】**（撮影出来ません）

・心臓ペースメーカー　・埋め込み型除細動器：ICD

・人工内耳や神経刺激装置などの体内電子装置　・脊髄刺激装置　・脊椎管内リード線

・【特記事項】妊娠あるいは妊娠の可能性(安全についての保証が有りません)

**□無い　　　□有る（項目に○をしてください）**

**②【必ず医師の判断が必要な項目】**（材質によって体や画像に影響が考えられます）

・脳動脈クリップ　や　脳室シャント　など　　・心臓や血管内の金属類、人工物

・脊椎固定具　人工関節　人工骨頭（整形外科手術関連）

・体内に外傷による金属片（鉄片や銃弾破片など）

・刺青（眉ズミ　アイライン　アートメイク　ファッションタトゥーなども）

・外せないアクセサリー（指輪など）

**□無い　　　□有る（項目に○をしてください）**

**③ 閉所恐怖症や長時間の静止が困難** （狭いトンネル内で検査時間が長いです）

**□無い　　　□有る**

**④ ふだん以下のものを身につけていれば、○で囲ってください。**

　　（材質によって吸着事故や壊れる可能性が有ります）

　　義眼　　義肢　　かつら　　義歯（入れ歯　インプラント）　歯列矯正器具

　　補聴器　　避妊リング　　コンタクトレンズ　　その他（　　　　　　　）

**□無い　　　□有る　（当日外せるものはすべて外してもらいます）**

**（化粧も出来るだけしてこないようにお願いします）**

　※上記項目を確認後、 □注意事項や危険性、 □検査の必要性について説明しました。

**年　　　月　　　日　　　依頼・説明医師**

**【同意書】**

　上記の問診のうえ注意事項および危険性、検査の必要性について説明を受け、

　質問する機会を得ました。

　検査の必要性を理解して、MRI検査を実施することに同意します。

**年　　　月　　　日**

**患者または家族・代理人の署名　　　　　　　　　　　　（続柄：　　　　　）**